

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

**Conditions générales :**  
Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.  
Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.  
L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.  
En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

**Pharmacie :**  
Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

**Biologie et Biologie :**  
La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.  
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

**Optique :**  
L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

**Rééducation :**  
L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.  
Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

**Dentaire :**  
En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.  
La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.  
La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

**Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :**  
La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

**Adresses Mails utiles**  
Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**Déclaration de Maladie**

N° P19- 068559

49321

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5092      Société : ROYAL AIR MAROC

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : TOUATE Abderrahmane

Date de naissance : 26/07/1957

Adresse : Lotissement ATTADAMOUNE Rue 1 Imm. 80  
N° 4 DE LOORFA Casablanca

Tél. : 06.15.52.7405      Total des frais engagés : 958,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/11/2022

Nom et prénom du malade : Sabiri Souad      Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Rhumatologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

49321

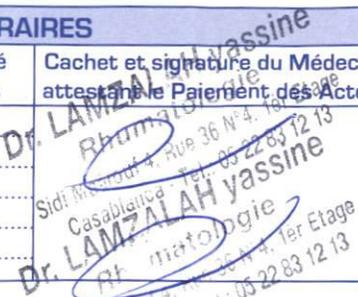
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa      Le : 11/11/22

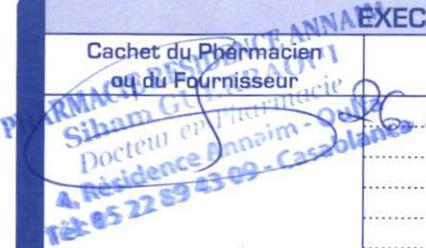
Signature de l'adhérent(e) :

Dr. LAMZALAH YASSINE  
Rhumatologie  
Sidj Mabrouf 4, Rue 36 N°4, 1er Etage  
Casablanca - Tél.: 05 22 83 12 13

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/11/22	consultation	250DH		
26/11/22	Echographie de genou droite	250DH		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/22	17458,90

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

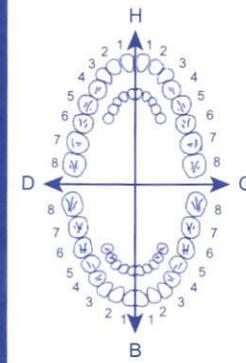
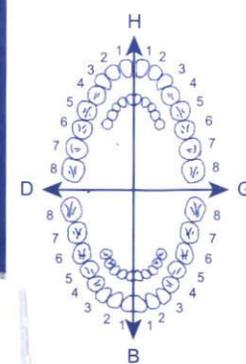
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	00000000	00000000																							
35533411	11433553																								
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Yassine LAMZALAH

Médecin Spécialiste en Rhumatologie  
Médecin des os, des Articulations,  
et de la colonne Vertébrale



## الدكتور لمزالاه ياسين

أخصائي في أمراض الروماتيزم  
العظام و المفاصل و العمود الفقري

- Polyarthrites et maladies systémique (Paris)
- Pathologies rachidienne (Paris)
- Echographie ostéo - articulaire (Liège)
- Biothérapie
- Ostéoporose

- التهاب المفاصل و أمراض الطب الباطني (باريس)
- أمراض العمود الفقري (باريس)
- الفحص بالصدى (البيج)
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- أمراض هشاشة العظام

ZENITH Pharma  
AMM N° 456/17 DMP/21/NF.Q  
6 113001 271214  
PPV : 283,00 DH

Casablanca le : 26/11/2023

Nom :

283,00.

M<sup>me</sup> Sabiri Saoud

AS

PPC : 149,50 DH

curarti forte®  
comprimé

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :

305009  
02/2023

mondoval

149,50.

1 gel x 21 j

curarti

AS

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Siham GUERRAOU  
Docteur en Pharmacie  
Résidence Annaim - Casablanca  
tél: 05 22 89 43 09 - Casablanca

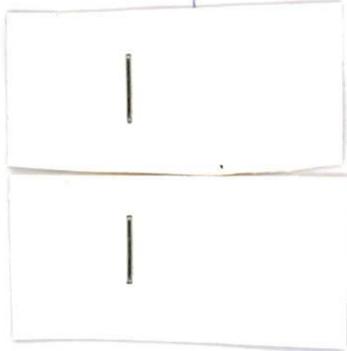
1 gel x 21 j  
m 15 jour

سيدي معروف 4 زنقة 36 رقم 4 الطابق الأول - الدار البيضاء

Sidi Maârouf 4, Rue 36 N° 4, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Tél : 05 22 83 12 13

E-mail : lamzalahyassine@yahoo.fr

3) 13,20x2.



Al grik up



1 cp - ah

1 cp - icu

15 Jan

1-458,90

Dr. LAMZALAH yassine  
Rhumatologie  
Sidi Maârouf 4, Rue 36 N°4, 1er Etage  
Casablanca - Tél.: 05 22 83 12 13

PHARMACE RESIDENCE ANNAIM  
Siham GUERRAOUI  
Docteur en Pharmacie  
4, Residence Annaim - Oulfa  
Tél. 05 22 89 43 09 - Casablanca

# Dr Yassine LAMZALAH

Médecin Spécialiste en Rhumatologie  
Médecin des os, des Articulations,  
et de la colonne Vertébrale



## الدكتور لمزالاه ياسين

أخصائي في أمراض الروماتيزم  
العظام و المفاصل و العمود الفقري

- Polyarthrites et maladies systémique (Paris)
- Pathologies rachidienne (Paris)
- Echographie ostéo - articulaire (Liège)
- Biothérapie
- Ostéoporose

- إتهاب المفاصل و أمراض الطب الباطني (باريس)
- أمراض العمود الفقري (باريس)
- الفحص بالصدى (البيج)
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- أمراض هشاشة العظام

Casablanca le : 26/11/2022

Facture

Nom :

M<sup>e</sup> Sabiri Souad

Acte :

consultation 250DH

+

Echographie de genou droite 250DH

Arrêtée la présente facture à la

Somme de 500DH

**Dr. LAMZALAH yassine**  
**Rhumatologie**  
Sidi Maârouf 4, Rue 36 N°4, 1<sup>er</sup> Etage  
Casablanca - Tél.: 05 22 83 12 13

سيدي معروف 4 زنقة 36 رقم 4 الطابق الأول - الدار البيضاء

Sidi Maârouf 4, Rue 36 N° 4, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Tél : 05 22 83 12 13

E-mail : lamzalahyassine@yahoo.fr

**DONNEES PATIENT**

<b>NOM</b>	SABIRI SOUAD	<b>PRENOM</b>	
<b>DATE DE NAISSANCE</b>		<b>AGE</b>	
<b>SEX</b>			
<b>IDENTIFICATION</b>		<b>DATE EXAMEN</b>	26 11 2020
<b>NUMERO DE DOSSIER</b>		<b>MEDECIN REFERENT</b>	
<b>DESCRIPTION DE L'EXAMEN</b>		<b>DIAGNOSTIC</b>	
<b>MEDECIN OPERATEUR</b>		<b>DATE DU RAPPORT</b>	26 11 2020

**OBSERVATIONS**

**Conclusions**

ECHOGRAPHIE GENOU DROIT  
 ABSENCE D EPANCHEMENT AU CUL DE SAC SOUS QUADRICIPITALE, MEDIAL ET LATERAL  
 INTERLIGNES ARICULAIRES FP ET FTE D ASPECT NORMAL  
 ARTHROSE DEBUTANTE EN FTI  
 ABSENCE DE SIGNES DE RHUMATISME METABOLIQUE  
 DISCRET KYSTE POPLITE  
 AU TOTAL  
 ARTHROSE DEBUTANTE EN FTI  
 DISCRET KYSTE POPLITE

**IMAGES ATTACHÉES**

